



**SOLICITUD DE INGRESO AL PMI- MADRE EMBARAZADA**

**DATOS DEL AFILIADO**

AFILIADO Nº	
APELLIDO	
NOMBRE	
DNI	
SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO	
TELEFONO	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	

**DATOS DEL EMBARAZO**

FUM		FPP	
GRUPO Y FACTOR		EMBARAZO MULTIPLE	
VACUNA ANTIRRUBEOLA		VACUNA ANTITETANICA	
VDRL		CHAGAS	
HEMOGLOBINA		GLUCEMIA EN AYUNAS	
PESO ANTES DEL EMBARAZO		TALLA	

**FACTORES DE RIESGO**

<u>SOCIO CULTURALES</u>		<u>ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES</u>	
TABAQUISMO		INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	
ALCOHOL		CARDIOPATIA CONGENITA	
USO DE DROGAS ILCITAS		HIPERTENSION	
		DIABETES	
<u>ANTECEDENTES FAMILIARES</u>		ENFERMEDADES AUTOINMUNES	
DIABETES		INCOMPATIBILIDAD DE RHESUS	
HIPERTENSION ARTERIAL		ANEMIA CRONICA	
TBC		ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL	
ENFERMEDADES HEREDITARIAS- CUAL?		HIPOTIROIDISMO	
OTROS ANTECEDENTES		HIPERTIROIDISMO	
		ESTADOS HIPERCOAGULABLES	
<u>ANTECEDENTES DE EMBARAZO PREVIOS</u>			
PARTO PREMATURO/ BAJO PESO		GESTAS PREVIAS	
R/N CON ANOMALIAS AL NACER- CUAL?		ABORTOS	
PRECLAMPSIA/ ECLAMPSIA		PARTOS	
GESTACIONES MULTIPLES		CESAREAS	
HIPERTENSION ARTERIAL		FECHA DE FIN DE EMBARAZO ANTERIOR	
TBC		NACIDOS MUERTOS	
ENFERMEDADES HEREDITARIAS- CUAL?		NACIDOS VIVOS	

**MEDICACION**

DOSIS DE ACIDO FOLICO	
-----------------------	--

**OTROS MEDICAMENTOS**

<u>MONODROGA</u>	<u>DOSIS DIARIA</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>CRISOLMED</u>
1-			
2-			
3-			

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE**

**AUDITORIA MEDICA CRISOLMED**

FECHA DE INGRESO A PMI:	...../...../.....
VALIDEZ HASTA:	...../...../.....